

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Е.Л. Есис¹, Л.С. Бут-Гусаим², И.А. Наумов¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», yesis_k@mail.ru

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

г. Гродно», gr_smp@mail.ru

Введение. Состояние репродуктивного здоровья (далее – РЗ) женского населения является важным аспектом национальной безопасности [1].

РЗ закладывается с первых дней жизни и формируется в условиях воздействия факторов медико-социальной среды, среди которых особое значение имеют условия профессиональной деятельности [8].

Среди вредных и опасных производственных факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на состояние РЗ, лидирующее положение занимают химические токсиканты [10]. Кроме того, многочисленными исследованиями показано, что состояние РЗ женщин зависит от целого комплекса иных разнообразных факторов риска, среди которых выделяют санитарно-гигиенические, социально-экономические, медико-биологические и медико-организационные [4, 6, 11]. В связи с этим, ухудшение состояния РЗ признается одним из интегральных показателей санитарно-эпидемиологического неблагополучия территории и отражает степень агрессивности окружающей, в том числе производственной, среды [2].

Цель исследования: изучить влияние медико-социальных факторов на состояние РЗ женщин, работающих в условиях химического производства.

Методы. Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии «Оценка состояния здоровья работников предприятий и организаций г. Гродно и Гродненской области на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению» (№ госрегистрации 20121940 от 20.06.2012) и основано на общеметодологическом подходе к анализу медико-социальных факторов здоровья и болезни, который разработан в социологии медицины академиком Российской академии медицинских наук А.В. Решетниковым [9]. Для выявления наиболее значимых факторов риска патологии репродуктивной сферы было проведено социологическое исследование методом анкетного опроса по специально составленной программе, охватывающей 59 индивидуальных медико-

социальных характеристик. Изучены основные параметры самосохранительного поведения: отношение к здоровью (его самооценка, место здоровья в системе жизненных ценностей, забота о здоровье, уровень медицинской информированности), медицинская активность, отношение к физической культуре и спорту, привычки, сопряженные с «риском» для здоровья, репродуктивное поведение. На всех этапах исследования проводились проверка и логический контроль собранной информации. Дана социально-гигиеническая характеристика состояния РЗ обследуемого контингента. Изучено здоровьесберегающее и репродуктивное поведение, медико-санитарная грамотность в вопросах планирования семьи.

Основную группу составили 100 женщин-работниц ОАО «Гродно-Азот» в возрасте $33,47 \pm 2,39$ года. В контрольную группу вошли 100 женщин фертильного возраста, постоянно проживших в г. Гродно, но не контактировавших с производственными вредностями химической природы. Средний возраст пациенток данной группы составил $31,75 \pm 2,38$ года.

Результаты обработаны с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что обе группы пациенток были сопоставимы по длительности стажа профессиональной деятельности: $8,52 \pm 1,58$ лет в группе работниц ОАО «Гродно-Азот» и $8,14 \pm 2,81$ лет в группе контроля.

Субъективная оценка работницами неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса достоверно отличала опрошенных основной группы от группы контроля и выглядела следующим образом: работа в условиях психологического стресса и нервного напряжения была характерна для $82,37 \pm 4,72\%$ работниц ОАО «Гродно-Азот» и лишь $31,1 \pm 3,67\%$ женщин, не связанных по роду деятельности с химическим производством ($p < 0,05$); частые дежурства и работа в ночное время – 100% в исследуемой группе и $12,37 \pm 2,31\%$ в группе контроля ($p < 0,05$); физические нагрузки – $72,23 \pm 3,28\%$ и $34,72 \pm 3,19\%$, соответственно ($p < 0,05$); работа в вынужденной позе – $56,57 \pm 6,26\%$ и $42,61 \pm 3,38\%$, соответственно ($p < 0,05$); превышение «стандарта нагрузки» – $93,41 \pm 4,92\%$ и $44,64 \pm 5,81\%$, соответственно ($p < 0,05$); производственный шум – $93,37 \pm 7,6\%$ и $22,68 \pm 4,27\%$, соответственно ($p < 0,05$); вибрация – $88,59 \pm 11,42\%$ и $12,37 \pm 1,73\%$, соответственно ($p < 0,05$).

Установлено, что $18,56 \pm 5,42\%$ опрошенных основной группы отводили отдыху не более 1 ч (контроль – $44,64 \pm 5,81\%$; $p < 0,05$), а от 2 ч до 3 ч – $56,57 \pm 6,26\%$ пациенток (контроль – $34,72 \pm 3,19\%$; $p < 0,05$). Неудивительно поэтому, что $68,14 \pm 2,46\%$ женщин основной группы не удавалось снять утомление после рабочего дня (в группе контроля этот показатель составил $20,14 \pm 1,79\%$; $p < 0,05$). Таким образом, очевидно, что работницы предприятия химической промышленности в наибольшей степени были подвержены влиянию неблагоприятных факторов производственной среды, нежели женщины, не связанные с ними по роду своей профессиональной деятельности.

В настоящее время важным фактором, оказывающим влияние на состояние РЗ опрошенных, является восприятие индивидом своей профессиональной деятельности, в первую очередь, с точки зрения оценки удовлетворенности содержанием работы [3]. Причем, если она приносит удовлетворение и является стимулом к самовыражению, то можно утверждать, что работник защищен от воздействия стресса и возникающих под его влиянием заболеваний [5]. Однако, как свидетельствуют результаты нашего исследования, среди опрошенных не были удовлетворены выполняемой работой $13,21 \pm 1,26\%$ пациенток (контроль – $6,21 \pm 0,96\%$; $p < 0,05$). Причем, наиболее частыми причинами недостаточной удовлетворенности, по мнению респондентов, являлись психологический стресс – $43,17 \pm 7,21\%$ (контроль – $24,22 \pm 3,94\%$; $p < 0,05$) и чрезмерные физические нагрузки – $38,34 \pm 2,87\%$ (контроль – $14,63 \pm 2,48\%$; $p < 0,05$).

Результаты опроса работниц химического производства, направленного на изучение состояния здоровья, свидетельствуют, что только $34,32 \pm 3,47\%$ пациенток были удовлетворены его состоянием (контроль – $49,26 \pm 4,48\%$; $p < 0,05$). Причем, как «хорошее» оценили состояние индивидуального здоровья всего $55,52 \pm 4,18\%$ из общего количества «удовлетворенных» респондентов (контроль – $74,58 \pm 4,56\%$; $p < 0,05$).

По мнению опрошенных, среди причин, способствующих возникновению заболеваний, основными являются: «неблагоприятные экологические факторы» – $36,61 \pm 3,52\%$ (контроль – $24,23 \pm 2,81\%$; $p < 0,05$); вредные и опасные производственные факторы – $23,36 \pm 1,44\%$ (контроль – $13,35 \pm 2,13\%$; $p < 0,05$); неблагоприятная наследственность – $10,43 \pm 0,84\%$ (контроль – $12,48 \pm 2,65\%$). Причем, $6,22 \pm 0,83\%$ женщин основной группы не имели представления о факторах «риска» развития заболеваний (контроль – $3,82 \pm 0,51\%$).

В процессе исследования установлено, что семейные отношения и репродуктивная активность, во многом, определялись образом жизни и состоянием здоровья работниц. Так, раннее начало половой жизни было характерно для 26,12±3,47% пациенток (контроль – 24,23±2,81%). Несмотря на то, что в группе женщин-работниц химического производства 60,41±3,17% респонденток состояли в браке (контроль – 68,28±3,88%; $p<0,05$), только 78,29±4,82% из их общего количества отметили, что половой партнер у них постоянный (контроль – 93,49±5,81%; $p<0,05$). Причем, из общего количества анкетированных только менее 30% (28,17±2,07%, контроль – 48,62±3,17%; $p<0,05$) указали, что имели только одного партнера; а более 60% пациенток (62,73±3,81%, контроль – 50,22±2,95%; $p<0,05$) – двух или трех, а каждая десятая сменила от четырех до шести партнеров (9,47±0,69%, контроль – 1,89±0,36; $p<0,05$). При этом основными методами контрацепции были названы внутриматочный – 26,12±3,47% пациенток (контроль – 19,35±2,17%; $p<0,05$) и гормональный – 25,37±3,06% опрошенных (контроль – 28,46±3,17%; $p<0,05$).

Изучение особенностей репродуктивных установок женщин-работниц химического производства показало, что идеальным для рождения первого ребенка они считали возраст 23,23±0,18 г. (контроль – 22,93±0,34 г.).

По мнению В.Ф. Капитонова (2003), которое мы разделяем, при анализе рождаемости наиболее ценной и объективной информацией, определяемой еще на стадии формирования репродуктивных стандартов, является планирование пациентками деторождения [7]. Анализ данной информации свидетельствует о том, что для значительного числа женщин-работниц химического производства данный процесс не являлся осознанным: 60,41±3,17% пациенток указали, что не планировали беременность (контроль – 28,46±3,17%; $p<0,05$), для 52,28±2,49% из них испытывали «страх забеременеть» (контроль – 16,58±2,01%; $p<0,05$), а почти половина анкетированных (47,31±2,41%) не проводили подготовку к беременности (контроль – 28,46±3,17%; $p<0,05$).

В процессе исследования установлено, что наиболее значимым ограничителем репродуктивных установок для женщин-работниц химического производства являлся характер взаимоотношений в семье, который также в той или иной мере затрагивал ряд сторон жизнедеятельности пациенток – соблюдение режима дня, физическую активность, наличие и выраженность вредных привычек и т.д. Причем каждая из упомянутых форм бытового поведения непосредственно отражалась и на показателях РЗ. Так, удалось установить, что только 78,29±4,82% респонденток были удовлетворены сложившимися в семье отношениями между супругами (контроль – 48,62±2,46%; $p<0,05$). При этом более трети опрошенных отметили (38,36±2,21%; контроль – 24,47±2,26%; $p<0,05$), что семейные конфликты возникали у них с периодичностью не реже 1 раза в месяц, а 3,34±0,37% пациенток отметили, что их отношения семье характеризуются постоянными конфликтными ситуациями (контроль – 2,21±0,24%; $p<0,05$), что не могло не оказывать отрицательного влияния на состояние нервно-гуморальной регуляции органов репродуктивной системы.

Важным ограничителем репродуктивных установок пациенток являлись также неудовлетворительные жилищные условия – 69,36±3,57% ответов (контроль – 39,52±2,94%; $p<0,05$). Несмотря на то, что большинство женщин (52,12±3,23%; контроль – 59,79±3,58%) проживали в отдельной квартире, при анализе условий проживания обращал на себя внимание тот факт, что каждая вторая из пациенток основной группы испытывали недостаток в жилой площади. Так, 50,02±7,14% опрошенных имели в распоряжении только до 8 м² жилой площади в расчете на одного члена семьи, тогда как процентная доля таких женщин в группе контроля составила всего 33,56±3,83%; $p<0,05$. Более того, согласно полученным результатам, 17,41±1,18% пациенток (контроль – 11,26±1,38%; $p<0,05$) проживали во временно наемном жилье (общежитие, «на квартире»), что, конечно, не могло оказывать положительного влияния на их репродуктивные планы.

Несмотря на то, что проведенный регрессионный анализ не позволил установить значимость недостаточности питания как важного медико-социального фактора для планируемого числа деторождений (85,68±7,11% респонденток считали свое питание достаточным; контроль – 87,27±4,72%), однако, согласно данным анкетирования, 73,27±5,19% пациенток не соблюдали режим питания (контроль – 48,29±2,47; $p<0,05$): основную часть пищи работницы принимали в период обеденного перерыва. Кроме того, качество питания пациенток не коррелировало и их с оценкой качества жизни.

Из медицинских факторов наиболее значимым для прогнозного показателя детности стало неудовлетворительное состояние репродуктивной системы, отмеченное в 66,82±4,72% ответов пациенток (контроль – 48,29±2,47; $p<0,05$). При изучении частоты и нозологической структуры перенесенных гинекологических заболеваний достоверные различия ($p<0,05$) были получены по

следующим их формам: фоновая патология шейки матки (эрозии шейки матки) – $64,54 \pm 4,68\%$ у работниц основной группы (контроль – $48,12 \pm 3,57\%$); неспецифические вульвовагиниты – $62,24 \pm 4,81\%$ (контроль – $46,41 \pm 3,81\%$); хронический сальпингоофорит – $32,46 \pm 2,36\%$ (контроль – $21,34 \pm 2,37\%$); нарушения менструального цикла – $13,43 \pm 2,17\%$ (контроль – $4,64 \pm 1,82\%$); миома матки – $12,62 \pm 1,37\%$ (контроль – $7,42 \pm 1,83\%$). Несмотря на это, женщины-работницы химического производства (среди не состоявших на диспансерном учете по беременности) преимущественно посещали врача поликлиники только с целью прохождения периодического профилактического осмотра – $98,68 \pm 1,36\%$ пациенток основной группы (контроль – $58,57 \pm 3,39\%$; $p < 0,05$).

Нами также было установлено, что значимым медицинским фактором для ожидаемого числа детей у женщин-работниц химического производства являлись нарушения в состоянии соматического здоровья, зафиксированные в ответах $43,37 \pm 2,48\%$ (контроль – $39,47 \pm 2,83\%$) анкетированных.

Выводы. Таким образом, нарушения в состоянии РЗ женщин-работниц химического производства, обусловлены дефектами в здоровьесбережении и рядом медико-социальных факторов, препятствующим деторождению.

Литература:

1. О демографической безопасности Республики Беларусь: Закон Респ. Беларусь от 04.01.2002 г. №80-з // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2006.
2. Айламазян, Э.К. Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин в условиях экологического кризиса / Э.К. Айламазян // Мед. акад. журн. – 2005. – Т. 5, № 2. – С. 47–58.
3. Анализ комплексного воздействия неблагоприятных эколого-профессиональных факторов на репродуктивное здоровье женщин / В.Ф. Беженарь [и др.] // Журн. акуш. и жен. болезней. – 2003. – Т. 52. – С.35–45.
4. Доронина, О.Д. Международный опыт профилактики заболеваний, вызванных экологическими факторами / О.Д. Доронина // Бюл. Научного Совета мед.-экол. проблем работающих. – 2003. – №1 – С. 44–49.
5. Журихина, И.А. Влияние условий труда на заболеваемость работников производства синтетического каучука / И.А. Журихина // Здравоохран. Рос. Федер. – 2009. – № 2. – С. 40–41.
6. Значение контроля факторов риска для профилактики хронических неинфекционных заболеваний / Р.Г. Оганов [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – №6. – С. 22–25.
7. Капитонов, В.Ф. Медико-демографические и социально-экономические аспекты формирования малодетной семьи / В.Ф. Капитонов // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. медицины. – 2003. – №5. – С. 11–13.
8. Репродуктивное здоровье женщин-работниц нефтехимических производств / М. К. Гайнуллина [и др.] // Здравоохран. Рос. Федер. – 2007. – №3. – С. 49–50.
9. Решетников, А.В. Процессное управление в социальной сфере / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2001. – 503 с.
10. Чеботарев, П.А. Факторы http://miac.penza.net/cgi-bin/irbis64r_01/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=IBIS&P21DBN=IBIS&S21STN=1&S21REF=5&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=M=&S21STR=производственной среды и трудовой деятельности работников производства топлив и растворителей на нефтеперерабатывающем предприятии / П. А. Чеботарев, Н. В. Харлашова // Гиг. и санит. – 2012. – №5. – С. 56–59.
11. Ventegodt, S. Lifestyle, quality of life, and health / S. Ventegodt, J. Merrick // Sci. World J. – 2003. – №3. – P. 811–825.